



**For Office Use ONLY:**

Intake Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Program:  AWASA/PET FIX  TALGV  S/N SOL.  PACC/KFT  ASAVET  
 SELF-PAY \_\_\_\_\_ COPAY: \$ \_\_\_\_\_ Check in by \_\_\_\_\_ Pager # \_\_\_\_\_

**EL PAGO DE SU FACTURA DEBE EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE LIBERAR ESTE ANIMAL**

**Nombre De Cliente:** \_\_\_\_\_  
**Direcion:** \_\_\_\_\_  
 Calle Apt/Unidad#  
 Ciudad Estado Codigo Postal  
**Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_  
**Otro telefono:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Especies:  Perro  Gato  \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Hombre  Mujer  
 Edad: \_\_\_\_\_ Semanas/meses/años  
 Raza: \_\_\_\_\_  
 Color: \_\_\_\_\_

Para que cirugía esta tu mascota qui hoy?  Esterilizacion  Castracion  Dental  Otra: \_\_\_\_\_

**Historia del Paciente**

- De donde adquiriste a tu mascota? \_\_\_\_\_ 2. Por cuanto tiempo a tenido su mascota? \_\_\_\_\_
- Su mascota tiene alguna enfermedad o lesion actual o reciente?  No  Toz  Estornudos  Vomitos  Diarrea  Other: \_\_\_\_\_
- Su mascota se ha sometido a alguna cirugía en el pas? \_\_\_\_\_  Yes  No
- Alguna vez su mascota ha tenido una reaccion alergica a una vacuna o medicamento? \_\_\_\_\_  Yes  No
- Su mascota esta tomando actualmente algun mideocamento? \_\_\_\_\_  Yes  No
- Caundo (fecha y hora) fue la ultima vez que su mascota tuvo comida para comer? \_\_\_\_\_
- SOLO EMBRAS: Numero de embarazos \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo embarazo \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo celo \_\_\_\_\_
- Alguna vez su mascota ha sido vacunada?  No Y si si, cuando? \_\_\_\_\_  
 No hay prueba de vacunas pero actual por propietario – **PRUEBA REQUERIDA PARA 3 ANOS RABIA**

**\*\*TODOS LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON PULGAS Y/O GARRAPATAS DEBEN SER TRATADOS POR LA CLINICA VETERINARIA SANTA CRUZA UNA Pago DE \$15.00.\*\***

*Esto es para la seguridad de su mascota y otros pacientes en este hospital.*

*Soy el propietario y / o la persona designada para la atencion medica de la mascota descrita anteriormente. De manera herbacea, permito que la clinica veterinaria de Santa Cruz examine, presciba y / o trate a la mascota descrita anteriormente. Asumo toda la responsabilidad por los cambios adquiridos en el cuidado de este animal. Tambien entiendo que estos cargos se pagaran en el momento de la liberacion y es posible que se requiera un deposito para la atencion hospitalaria. Si la mascota descrita anteriormente esta recibiendo servicios que son pagados por cualquier organización, entonces entiendo que la mascota debe ser esterilizada quirúrgicamente (esterilización/castración) en ese momento. Si se requiere atención hospitalaria entiendo que el personal no esta presente en las instalaciones las 24 horas del dia. Entiendo que el medico y el personal tomara todas las precauciones razonables contra lesiones, escapes o la muerte de mi mascota. Entiendo que toda la anestesia implica algún riesgo para mi mascota y no responsabilizare al medico y al personal bajo ninguna circunstancia. Entiendo que soy responsable de seguir las instrucciones de recuperacion post anestésica/quirúrgica para evitar lesiones graves o incluso la muerte de mi mascota. Todos los animales esterilizados/ castrados pueden ser tatuados para su identificación. Entiendo que asumo todo los riesgos.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Imprime:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Servicios Adicionales** - Seleccionando "Si" mi firma arriba autorizo el consentimiento para que se realice ese servicio.

- Vacunas: (Pero o Gato) Rabia (\$20) \_\_\_\_\_ DAPP or PRC (\$25) \_\_\_\_\_ INB or FELV (\$40) \_\_\_\_\_ Lepto \$30 \_\_\_\_\_**
- \$15.00  Si  No – E-Collar (perro >6 meses Requerido)
- \$20-30  Si  No – Desparasitación para parásitos intestinales perros y gatos
- \$20.00  Si  No – Recorte de unas
- \$30.00  Si  No – Microchip con registro.
- \$20.00  Si  No – Alivio del dolor postoperatorio para su mascota de 4 meses o más.
- \$45.00  Si  No – Perro: Gusano del corazón, fiebre por garrapatas. Y enfermedad de Lyme
- \$45.00  Si  No – Gato: Prueba FeLV/FIV
- \$100.00  Si  No – Análisis De Sangre (CBC/Chem)
- \$ \_\_\_\_\_  Si  No – Recomendación del medico: \_\_\_\_\_

Please scan QR code for post-op instructions video.



Watch video before picking up your pet.

**Weight (lbs)** \_\_\_\_\_ **Temp ( E R )** \_\_\_\_\_ **Pulse** \_\_\_\_\_ **Resp** \_\_\_\_\_ **M/C Scan: Neg / Pos** \_\_\_\_\_

**PRE-OP EXAM:**

MM/CRT: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Gen. Apperance: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Cardio/Pulmonary: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Integumentary: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Musculo-Skeletal: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Digestive: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Genito-Urinary: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 EENT: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE  
 Dental: \_\_\_N \_\_\_AB \_\_\_NE

**BCS=** \_\_\_\_\_ / 9

Remote Visual or Brief Exam – Caution or Feral

**Veterinarian Signature** \_\_\_\_\_